

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

777

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

OLERGANT Aron

Né le 4 Novembre 1903, à Edintzi (Roumanie)

La Rétention Môlaire

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

OLERGANT Aron

Né le 4 Novembre 1903, à Edintzi (Roumanie)

La Rétention Môlaire

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

—
1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

ROUVIERE.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie
expérimentale

PROUST.

LÉON BINET.

STROHL.

DESGREZ.

ROBERT DEBRÉ.

BRUMPT.

BAUDOUIN.

CLERC.

CHEVASSU.

ROUSSY.

CHAMPY.

TIFFENEAU.

LØPER.

TANON.

BALTHAZARD.

LAIGNEL-LAVASTINE.

FIESSINGER.

MAURICE VILLARET.

GARNOT.

BEZANÇON.

ACHARD.

MARCEL LABBÉ.

LEREBOULLET.

NOBÉCOURT.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des ma-

ladies de l'encéphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphi-

litiques

Clinique des maladies du système nerveux

Clinique des maladies infectieuses.....

H. CLAUDE.

GOUGEROT.

GUILLAIN.

LEMIERRE.

LENORMANT.

CUNEO.

GRÉGOIRE.

GOSSET.

TERRIEN.

MARION.

COUVELAIRE.

BRINDEAU.

JEANNIN.

J.-L. FAURE.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique urologique.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopé-

die

Clinique thérapeutique médicale.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

Clinique de la Tuberculose.....

Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-

dulte

OMBRÉDANNE.

RATHERY.

LEMAITRE.

PIERRE DUVAL.

SERGEANT.

LÉON BERNARD (*in memoriam*)

Professeurs sans chaire.....

MATHIEU.

HOVELACQUE.

MULON.

OLIVIER.

VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle LEVY.
Neuro-psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELÈVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophthalmologie.....	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	{ ABRAMI. AUBERTIN. BRULÉ. CHIRAY. DUVOIR. HARVIER. LIAN.
Clinique obstétricale	{ GUENIOT. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.
Clinique chirurgicale	{ BASSET. CADENAT. HEITZ-BOYER. MOCQUOT. MOURE. SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE,

Leib OLERGANT

*Faible témoignage de notre
tendresse filiale et reconnaissance
pour ce qu'il a fait pour nous.*

A MA SŒUR,

A MON BEAU-FRERE,

J. WASSERMANN

A MES NEVEUX,

IASCHA et LIUSEA

A Monsieur le Professeur BRINDEAU,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur A. M. WEILL,

Chef de clinique à la Faculté

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils.

INTRODUCTION

Le môle hydatiforme a fait l'objet de nombreux travaux.

Or, en décrivant les divers aspects cliniques sous lesquels elle peut se rencontrer, les auteurs ont fixé entre 3 et 5 mois la durée habituelle de son évolution.

C'est en effet vers cette époque que l'on observe, en général, l'expulsion spontanée des môles laissées à elles-mêmes.

Cependant ce n'est là que l'évolution de la forme habituelle de la môle. Il y a certaines môles qui peuvent être retenues dans l'utérus pendant un temps beaucoup plus long, jusqu'à l'époque du terme et au-delà. Et ces cas, auxquels on peut donner le nom de *Rétention molaire*, se présentent en clinique sous un aspect assez différent des môles habituelles : leur allure est plus torpide, et parfois on retrouve dans leur histoire la traduction clinique d'un arrêt de développement molaire.

Ils méritent donc, au point de vue évolutif d'abord, mais aussi au point de vue symptomatologique, d'être décrits à part.

M. le professeur Brindeau a bien voulu nous confier les observations de deux cas de rétention molaire recueillis à la clinique Tarnier en février 1934.

C'est à propos de ces deux cas que nous avons entrepris l'étude de la rétention molaire. Nous leur avons joint quelques observations publiées récemment pour donner une idée plus complète de ses particularités.

FREQUENCE

La rétention molaire est rare.

Sa fréquence est difficile à apprécier. Il est certain que certaines môles longtemps retenues ont pu être expulsées sans être reconnues comme telles.

Les seules statistiques connues sont celles de von Kehrler, qui indique sur 50 cas de môles 2 cas de môles ayant atteint 10 mois; et de Dorland et Gerson : 3 rétentions pour 100 môles.

Meyer avait trouvé pour 3.500 grossesses 10 môles (ce qui est une forte proportion), dont 4 rétentions.

Sur 200 observations de môles publiées depuis 1920, nous avons trouvé 12 cas de rétention.

HISTORIQUE

En 1908, en Italie, Calorni (de Bologne) et Garfani (de Milan) publièrent deux cas de môles retenues la première 10 mois, la seconde 17 mois.

Mais, la possibilité de rétention molaire était connue bien avant cette date. Déjà Mme Boivin et Depaul en avaient observé des cas. On en connaît d'autres de von Poten (1901), de Schröder, Madden et More.

Plus tard on trouve mention dans la littérature de quelques cas disséminés. Meyer, et Sternberg, en 1910-1911, en Allemagne, font allusion à la rétention molaire et rapportent quelques exemples. On en trouve plus récemment encore dans la thèse de Weill-Spire (Paris, 1927) sur la Môle hydatiforme.

Mais c'est surtout dans les toutes dernières années que des observations ont été rapportées, et principalement en France. Nous avons groupé avec les deux cas de M. le professeur Brindeau les plus complètes d'entre elles.

CLINIQUE

L'évolution ordinaire de la Môle Hydatiforme n'ex-cède pas dans la grande majorité des cas, ainsi que nous l'avons dit, 3 à 5 mois.

Après un début tout à fait analogue à celui d'une grossesse normale (arrêt des règles — gonflement des seins — signes sympathiques souvent très accusés), des symptômes un peu particuliers font leur apparition, plus ou moins tôt, plus moins nets, et peuvent faire soupçonner la môle.

Ils sont surtout de 3 ordres :

- des signes locaux, tenant à l'accroissement exagéré du volume de l'utérus apprécié d'un examen à l'autre;
- des hémorragies, inconstantes mais fréquemment observées, petites pertes ou hémorragies franches;
- des signes toxiques, vomissements, sialorrhée, subictère, albuminurie, altération de de l'état général.

Ces symptômes se groupent d'ailleurs de façon variée.

La môle ne donne pas obligatoirement un tableau complet, et l'on peut observer : des formes particulièrement hémorragiques — des formes toxiques, albuminuriques, ictériques, ou à type de vomissements incoercibles, — des formes ne se manifestant que par des signes locaux (où les hémorragies manquent).

D'autre part on constate à tous les examens l'absence de ballottement fœtal, de parties fœtales, de bruits du cœur. (Les môles embryonnées sont très rares).

Vers les 3^e, 4^e, 5^e mois l'avortement molaire va se produire, à moins que le diagnostic de môle, ou l'intensité des signes généraux n'aient impliqué avant cette date l'évacuation de l'utérus.

Les cas de *Rétention Molaire* sont caractérisés par une évolution beaucoup plus prolongée. L'expulsion ne se produit alors qu'après un délai de 7, 8, 10 mois ou dépasse même de beaucoup cette date (17 mois dans l'observation de Garfani et 2 ans dans une observation de Brault que nous rapportons (Obs. IX).

Mais aussi le tableau clinique s'écarte notablement de la forme classique de la môle.

Parfois il prend d'emblée une allure torpide. Mais souvent dans la succession des événements on retrouve, après une courte phase initiale, la notion d'un véritable arrêt de développement avec atténuation des signes fonctionnels et généraux, marquant le début de la rétention proprement dite de la môle.

Il pose en tous cas des problèmes de diagnostic tout à fait particuliers, et d'ailleurs très difficiles.

Début

Le début est toujours marqué par l'apparition des signes de probabilité de la grossesse.

L'âge de la femme est très variable. Généralement il s'agit d'une femme jeune, entre 20 et 40 ans. Mais la môle peut se rencontrer à un âge plus avancé. L'observation IV que nous relatons a trait à une femme de 53 ans ; l'observation VI concerne une femme de 20 ans.

Il ne semble pas non plus que le passé obstétrical puisse jouer un rôle. On a observé des rétentions molaire chez les primipares (Obs. VI et VIII), comme chez les multipares. La femme de notre observation I avait eu quatre grossesses normales.

La notion d'une grossesse molaire antérieure serait peut-être à considérer. Nous n'en avons pas trouvé de cas.

Quoi qu'il en soit, l'arrêt des règles est le premier phénomène en date. Il s'accompagne de gonflement des seins, de phénomènes sympathiques plus ou moins accentués. L'arrêt des règles ne fait défaut dans aucun des cas publiés et le diagnostic de début de grossesse a toujours été fait.

Du reste, durant les premiers mois, au moins les premières semaines, le volume de l'utérus va s'accroître progressivement.

Cependant ce début de grossesse n'est pas toujours parfaitement normal au point de vue clinique. L'examen minutieux peut révéler certaines particularités,

d'ordre fonctionnel surtout. Disons tout de suite que ces anomalies sont rarement assez frappantes pour orienter le diagnostic; elles ne prendront de valeur que plus tard, retrouvées dans l'interrogatoire.

— Ce sont parfois des *douleurs abdominales* (obs. I) ou des *douleurs lombaires* (obs. VII) qui éveillent l'attention de la femme. Elles sont bien peu significatives d'ailleurs.

— Ou bien c'est l'*intensité inaccoutumée des vomissements*, dès les premiers jours, sans qu'il s'agisse là du reste d'un fait constant, loin de là. La femme de notre observation II présentait des vomissements incoercibles, accompagnés de sialorrhée, qui se sont maintenus pendant trois semaines. A l'opposé dans les observations VII et VIII on ne fait mention d'aucun vomissement, simplement de quelques nausées. En réalité bien souvent l'intensité des signes sympathiques ne dépasse pas celle que l'on observe dans nombre de grossesses.

— Les *Hémorragies* constituent un signe d'une valeur beaucoup plus grande.

Ce sont elles qui peuvent faire penser à la môle; et elles sont dans le tableau banal de grossesse au début un élément anormal qui ne passe pas inaperçu. Mais elles peuvent prendre des types très variés quant à leur date d'apparition, leur abondance, leur fréquence, leur aspect.

C'est souvent à propos de ces pertes de sang que la femme vient consulter. En effet elles apparaissent le

plus souvent tôt, avant la fin du troisième mois, dans le courant du deuxième... Chez la femme de l'observation VI, la première perte de sang est apparue tout au début.

Mais la date d'apparition a pu être plus tardive, à 7 mois (obs. III, et cas cités par Meyer, Faugère), à 8 mois (obs. V) au voisinage du terme (Reeb), à 12 mois (Madden), à 15 mois (Deloore et Sybrecht).

Du reste les hémorragies peuvent faire absolument défaut dans toute l'évolution. Le premier écoulement sanguin peut correspondre au début de l'avortement molaire. Il en était ainsi dans un cas observé par von Lange, dans un autre rapporté par Meyer; et cette absence d'hémorragies où l'apparition très tardive de celles-ci n'est peut-être pas une rareté. On sait du reste que dans la forme classique, à évolution courte de la môle hydatiforme, les hémorragies ne sont pas non plus un signe absolument obligatoire.

Les pertes sanglantes apparaissent sans cause et n'importe quel moment de la journée. Elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux, d'aucune colique. Elles sont le plus souvent légères, se présentant sous la forme d'un simple suintement sanguin très court, sans caillots. Beaucoup plus rarement il s'agit d'une hémorragie abondante (obs. VII).

Elles se répètent volontiers et peuvent alors augmenter d'importance; mais les épisodes franchement hémorragiques restent, du moins dans les premiers mois, beaucoup plus rares que le suintement sanguin minime et irrégulier.

Dans notre observation I, la femme a perdu tout au début pendant 23 jours consécutifs. Nous n'avons rencontré ce saignement continu du début dans aucune autre observation.

Sous quelque aspect qu'elles se présentent, des hémorragies répétées dans les premiers mois d'une grossesse doivent faire suspecter la môle.

Il est rare d'observer, accompagnant les hémorragies, l'expulsion de débris membraneux.

Quant à l'expulsion de vésicules, il n'y faut pas compter dans la rétention molaire, bien moins encore que dans la forme habituelle de la môle : elle a manqué dans tous les cas.

L'examen de l'utérus n'a jamais fourni, dans les rétentions molaires observées, à ce stade de début, d'indications utiles. En effet, — et par là la rétention molaire diffère tout à fait de la môle ordinaire —, l'augmentation de volume de l'utérus est à peu près celle d'une grossesse normale. Plus tard l'utérus cessera de s'accroître, et c'est alors seulement que l'examen de l'abdomen offrira un très gros intérêt. Dans certains cas cependant, on peut noter d'une façon précoce ce retard du volume de l'utérus par rapport à l'âge présumé de la grossesse.

Enfin, les *signes généraux* sont très variables. Très souvent l'état général ne présente aucune atteinte particulière; les urines sont normales, les signes toxiques absents.

Dans d'autres cas on a pu noter, allant de pair avec des vomissements abondants, une altération du facies,

devenu terreux, tiré, du subictère, un amaigrissement important, la perte de l'appétit, une asthénie intense (obs. I et III) — une sialorrhée très abondante « empêchant la malade de dormir » (obs. II).

Les quelques particularités que nous venons de décrire — Hémorragies et Signes toxiques — d'une intensité si variable, caractérisent surtout les premiers mois de l'évolution de la môle. Et le plus souvent du reste leur peu de netteté ne permet pas de penser à la môle à ce moment.

Au cours de la rétention molaire, elles vont s'atténuer presque toujours. Et l'histoire clinique présente parfois d'une façon assez caractéristique, aux environs du quatrième mois en moyenne, une *modification des symptômes* correspondant à l'arrêt de l'évolution de la môle. Les pertes sanguines vont alors disparaître, les signes sympathiques se sont atténués, l'état général s'améliore.

Weill-Spire dans sa thèse sur les Formes cliniques de la môle hydatiforme (Paris 1927) a déjà parlé de cette modification du tableau clinique. Il a rapporté une observation (v. Obs. VI) dans laquelle on peut d'après la succession des symptômes situer à 4 mois 1/2 environ l'épisode correspondant à la mort de la môle in utero alors que l'expulsion ne se produira que 8 mois plus tard. Dans une observation de Rhen-ter (obs. VII) non moins significative à ce point de vue, c'est vers le 6^e mois que les hémorragies s'arrêtent en même temps que l'accroissement de l'utérus.

Ce moment, qu'il n'est pas toujours possible de re-

trouver aussi nettement, marque le début de la rétention proprement dite.

A partir de cette phase, tandis que les manifestations d'ordre fonctionnel seront le plus souvent atténuées, l'examen de l'utérus va révéler, l'arrêt de son développement, phénomène capital.

Il y a disproportion entre le volume de l'utérus et l'âge présumé de la grossesse. Mais contrairement à ce qui s'observe dans la forme classique de la môle à évolution courte, cette disproportion entre la hauteur utérine et l'âge de la grossesse, au lieu de s'accuser dans le sens de l'hypertrophie, tend à se faire dans le sens contraire. Il arrive un moment où l'utérus est beaucoup trop petit pour ce qu'il devrait être d'après la date des dernières règles. L'utérus cesse de s'accroître, et son volume présente même une tendance à la régression parfois frappante (observation II, obs. III) D'où le nom de « formes atrophiques » qu'on a pu employer pour désigner la rétention molaire.

C'est là un symptôme d'une importance considérable. Il a été noté dans tous les cas observés.

On trouve ainsi par exemple, pour un retard de règles de 8 mois un utérus qui atteint à peine l'ombilic (obs. VII)

pour un retard de 9 mois $1/2$ un utérus gros comme 3 à 4 mois (cas de Von Lange; notre obs. I)

un fond utérin au dessous de l'ombilic après 13 mois de retard de règles (obs. III) etc... etc...

La consistance de l'utérus est variable. Il est quel-

quefois dur. Le plus souvent cependant, il est mou, dépressible, et irrégulier.

Enfin, à partir du 4^{me} ou du 5^{me} mois, des signes négatifs prennent une grande valeur : ils se résument dans l'absence de tout signe fœtal. Il n'y a ni ballottement fœtal, ni parties fœtales perceptibles au palper, ni bruits du cœur. La femme ne perçoit pas de mouvements actifs. La malade de l'observation V consultait précisément parce qu'elle ne sentait pas remuer.

On n'a jamais constaté de tuméfactions ovariennes. On conçoit que ce tableau : arrêt des signes sympathiques, arrêt de l'accroissement utérin bientôt insuffisant pour l'âge de la grossesse, absence de bruits et de mouvements fœtaux, ait fait croire dans presque tous les cas observés à la rétention d'un œuf mort.

Cependant il n'y a pas de montée laiteuse.

Tel est l'aspect typique de la grossesse molaire en état de rétention. Il peut persister ainsi pendant des mois, une année et davantage, jusqu'à ce que l'expulsion spontanée ou provoquée ramène une môle.

L'état général reste bon dans beaucoup de cas. Cependant pâleur, asthénie, amaigrissement peuvent persister dans toute l'évolution. Il en était ainsi dans deux cas de rétention molaire rapportés par Meyer. Une de ces malades était parvenue même à un état de cachexie pronocée.

EVOLUTION GENERALE

ET FORMES CLINIQUES

La symptomatologie de la rétention molaire s'avère donc en général sensiblement moins bruyante que celle des formes habituelles de la môle hydatiforme.

Il y a lieu cependant de faire des distinctions parmi les cas de rétention.

Certains évoluent véritablement avec une pauvreté symptomatique extrême, et sont d'un diagnostic très difficile pour ne pas dire impossible.

Dans d'autres on peut au contraire se trouver, plus spécialement au début de l'évolution, en face de manifestations anormales, frappant l'attention et amenant la femme à consulter, hémorragies et troubles de l'état général. Il est à noter combien ces signes, qui suivant les cas ont été accentués ou à l'opposé réduits à rien, peuvent transformer le tableau clinique.

Lorsqu'ils cessent en même temps que s'arrête l'accroissement de l'utérus, comme dans les observations VI et VII, il y a là une évolution en deux périodes caractéristique de l'arrêt d'évolution suivi de rétention.

Mais cela est rarement net.. Et surtout si la femme est vue tard, on se trouve en général en présence d'un

tableau de grossesse arrêtée. La femme n'a plus ses règles depuis plusieurs mois; le volume de l'utérus ne correspond pas à la date indiquée; on ne trouve aucun symptôme fœtal. Et on retrouve seulement dans l'interrogatoire quelques éléments anormaux très discrets (pertes sanguines).

DUREE - TERMINAISON

La durée de la rétention molaire peut atteindre ou dépasser sensiblement l'époque du terme. On cite les chiffres de 12 mois (Blair Bell) 14 mois (Baudelocque) 15 mois (Sybrecht, Delore) 17 mois (Garfani). L'observation IX que nous rapportons concerne une rétention qui s'est maintenue durant 2 années.

L'expulsion spontanée est l'aboutissement de la môle ainsi laissée à elle même. On en trouvera des exemples dans les observations VII, et VIII où l'avortement est survenu respectivement à 10 mois, 8 mois 1/2, et 6 mois. L'avortement peut-être précédé de reprise des pertes sanglantes sous la forme d'hémorragies parfois importantes avec caillots. Mais en général la perte de sang au moment de l'expulsion est infime. Cette particularité extrêmement nette par exemple dans les observations V et VIII est intéressante. Elle tient très probablement au fait que la môle ne présente avec la muqueuse utérine que des connexions minimales. Là est peut-être la cause de l'arrêt de son évolution.

L'expulsion de la masse molaire est en général rapide. Elle s'effectue presque sans douleurs. Elle a cependant pu parfois donner lieu à un véritable travail, caractérisé par des contractions utérines intermittentes, de courte durée (Obs. V).

La femme expulse une masse agglomérée, qu'on reconnaît à la coupe comme formée de vésicules molaires ratatinées et de petites dimensions.

Mais souvent on est amené à provoquer l'évacuation de l'utérus. Soit que l'on soupçonne l'existence d'une môle; — soit que l'intensité persistante des signes généraux impose une thérapeutique active; — soit, plus souvent en raison de la longueur de l'évolution, une fois éliminée avec certitude l'hypothèse d'une grossesse vivante.

Ainsi dans les cas dont nous rapportons les observations à la fin de cette thèse, on est intervenu :

au terme de 7 mois et 7 mois 1/2 dans les obs. I et II (Clinique Tarnier) et dans l'observation VI (Voron et Grivet).

au terme de 9 mois (obs. IV)

de 12 mois 1/2 (obs. III).

et 2 ans après l'arrêt des règles dans l'observation IX.

Nous ne pouvons naturellement pas dire ce qu'aurait été la durée de ces rétentions en l'absence d'intervention.

Les suites ont été très bonnes chez les deux femmes de la Clinique Tarnier, ainsi d'ailleurs que dans tous les cas dont nous avons trouvé la relation.

Il ne semble pas que la fécondabilité ultérieure soit influencée par la rétention molaire (cas de Trillat cité par Rhenter à la soc. de Gynécologie et Obstétrique en 1926)

Enfin le petit nombre des cas connus n'autorise pas des conclusions très affirmatives en ce qui concerne la question du *Chorio-épithéliôme*.

Remarquons cependant que *pas un cas* de Chorio-épithéliôme n'a été publié à la suite de cette variété de môle.

Les deux malades de Tarnier ont été revues après leur sortie de la clinique : la première 3 semaines après l'avortement molaire, la seconde 1 mois et 3 mois après. A chacun de ces examens on a noté le volume normal de l'utérus, l'absence de tout signe anormal, et des réactions biologiques négatives.

ASPECTS ANATOMIQUES DES MOLES EXPUSEES

La môle expulsée se présente le plus souvent comme une masse encapsulée, de couleur rosée ou grisâtre, de la grosseur d'une grosse noix, d'un poing...

Ce n'est bien souvent qu'en l'ouvrant que l'on constate qu'elle est constituée par un feutrage serré de petites vésicules molaïres.

Ces vésicules sont dépourvues de liquide, flétries et ratatinées pour la plupart. Leur volume ne dépasse guère celui d'une tête d'épingle (voir observation VIII)

Diverses variétés anatomiques de môles peuvent être retenues inutero : môles pleines ou môles creuses comportant une cavité amniotique rudimentaire (obs III et V; la môle de l'observation IX présentait probablement deux amnios;

La caduque offre souvent un aspect lisse remarquable. Elle « semble décollée depuis longtemps » (v. obs. II et obs. IX). Rappelons du reste qu'on a invoqué dans le mécanisme de l'arrêt du développement molaire le rôle des hémorragies créant des zones de dégénérescence et isolant la môle des tissus maternels.

Au point de vue histologique, les rares examens pratiqués ont permis seulement de noter (obs. IV et VIII) en fait de caractère particulier l'œdème du tissu conjonctif, qui est dépourvu de vascularisation. Le revêtement syncitial des villosités présente au moins par places la tendance proliférante qui est le fait de la môle. Mais le degré de cette prolifération est difficile à déterminer : l'observation IV dans laquelle cette prolifération est surtout nette, d'aspect bourgeonnant, concerne en effet une variété un peu spéciale de rétention molaire (môle en parfait état de conservation, dont les vésicules n'étaient pas flétries et contenaient du liquide.)

DIAGNOSTIC

Il est extrêmement difficile de reconnaître cliniquement cette forme de môle. Et dans aucun des cas dont il a été fait mention le diagnostic n'avait été porté avant l'expulsion de la môle.

Au début, l'arrêt des règles, les signes sympathiques, l'accroissement du volume utérin, font toujours porter le diagnostic de début de grossesse. Et même dans les cas où les signes toxiques sont intenses, c'est d'abord à l'hypothèse de vomissements graves de la grossesse que l'on s'arrête (obs. II)

Les *pertes sanglantes* lorsqu'elles apparaissent, font alors souvent croire à une menace d'avortement (observation VII). Et la femme est mise au repos. Pourtant, les hémorragies ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux; d'autre part le col reste en général assez longtemps dur dans la rétention molaire.

Souvent l'écoulement de sang est attribué à des lésions d'endométrite déciduale.

Dans certains cas la répétition des hémorragies a pu faire penser à la coexistence possible d'un fibrôme et d'une grossesse. Ou bien à un fibrôme sans gros-

sesse. Il en fut ainsi dans notre observation I où le diagnostic de fibrôme en raison des pertes sanglantes presque continues, anémiant la malade, de la dureté de l'utérus et de la fixité de son volume, de l'absence de signes foëtaux, fut un instant porté.

La confusion avec un cancer du corps utérin est possible aussi, facilitée encore par l'atteinte de l'état général que l'on observe, ainsi que nous l'avons vu dans certaines formes.

Il est bien difficile en effet, étant donné la rareté de cet aspect clinique de la môle, et sa pauvreté symptomatique, de rattacher les hémorragies à leur cause.

Et même lorsque le diagnostic de môle a été envisagé (obs. VII), le faible volume de l'utérus, son retard d'accroissement l'ont fait écarter.

Et c'est à celui de *réten tion d'œuf mort* qu'on est arrivé dans la presque totalité des cas. La rétention molaire réalise en effet le tableau classique de la rétention ovulaire.

Elle comporte la même notion d'arrêt des règles. Les examens successifs montrent, après un début clinique de grossesse, le même arrêt du développement utérin. Et la même disparition des signes toxiques dans la majorité des cas. L'absence de bruits du cœur et de mouvements actifs achève de rendre la confusion inévitable.

Un symptôme cependant du tableau de rétention d'œuf mort fait défaut : c'est la montée laiteuse. Et c'est là le seul élément qui pourrait prendre une certaine valeur de présomption, pourvu qu'on retrouve

en outre dans l'anamnèse certains accidents à caractère molaire : un écoulement sanguin apparu dès les premiers mois, ou des signes toxiques particulièrement intenses.

En réalité, le problème clinique est d'une interprétation extrêmement délicate. Les épreuves de laboratoire, introduites récemment, peuvent dans certains cas comme nous allons le voir, apporter des arguments de première importance, encore qu'ils restent souvent aussi à discuter de près.

Rappelons qu'au moment de l'expulsion, il peut être nécessaire d'ouvrir la masse rejetée pour reconnaître sa nature vésiculaire.

LABORATOIRE

Les difficultés du diagnostic de la môle sous ses différentes aspects rendent extrêmement précieuses les indications du laboratoire. Or, on sait que ces dernières années ont vu mettre au point des tests biologiques fidèles de la môle hydatiforme comme de la grossesse.

Rappelons les traits principaux de cette mise au point.

Les réactions les plus utilisées ont eu en vue la détermination dans les humeurs de la femme enceinte des hormones anté-hypophysaires. Elles ont fourni des résultats positifs d'une façon constante. Ces résultats semblent apparaître très précocément (quelques jours), après le début de la grossesse, et disparaître 8 à 15 jours après la cessation de celle-ci.

Dès 1927, Aschheim et Zondek ont déterminé l'hormone hypophysaire dans les urines de la femme enceinte (ou de la femme porteuse de môle), en utilisant la souris femelle impubère. Les signes d'oestrus et de maturation d'une part, de lutéinisation d'autre part, constatés après sacrifice des animaux injectés ont été attribués par eux au Prolan A et au Prolan B.

En 1928-29, Brouha, Hinglais et Simonnet ont montré l'intérêt qu'il y avait à utiliser comme réactif le souriceau mâle, l'injection quotidienne sous-cutanée à des souriceaux de 3 semaines de 7 à 10 grammes d'une quantité d'urine variant entre 0,10 et 0,40 cc., pendant 8 à 10 jours produit une hypertrophie considérable des vésicules séminales. Celles-ci deviennent turgescents, leur poids s'accroît dans des proportions considérables (60 mmgr. en moyenne au lieu de 2 à 4 mmgr.). Elles se remplissent d'un liquide blanchâtre. Ces résultats, dont la constatation présente le gros intérêt de ne pas nécessiter l'examen histologique, sont apparents le lendemain de la dernière injection.

Bourg, modifiant la réaction d'Aschheim et Zondek, en injectant l'urine au rat impubère mâle et femelle (1 cc. par jour pendant 5 jours), a déterminé aussi l'hypertrophie des vésicules séminales et la production de faux corps jaunes aussi bien dans des cas de mâle qu'avec des urines de femmes enceintes.

En 1931, Friedmann, puis Adèle Brouha, ont introduit l'emploi de la lapine. Par injection intraveineuse d'urine, ils ont déterminé chez elle la formation sur les ovaires de points hémorragiques variant du rouge au violet sombre. Ils ont montré les avantages de cette méthode qui nécessite l'emploi d'un seul animal, qui donne une réponse macroscopique facile à apprécier, et très rapide (48 heures). Les causes d'erreur sont considérablement diminuées aussi, du fait que l'ovulation n'existe pas chez la lapine en dehors du coït

et de l'injection d'hormone. Enfin, l'animal peut servir à nouveau.

Mais le fait essentiel pour ce qui nous occupe fut la mise au point de *méthodes quantitatives*.

Aschheim et Zondek déjà ont étudié la concentration du prolan dans l'urine gravidique; ils ont défini l'unité-souris (plus petite quantité d'urine qui, injectée à la souris produit une réaction positive). Et leurs études avaient mis en évidence l'intensité anormale des réponses dans le cas de môle hydatiforme. Les réactions d'Aschheim et Zondeck donnent en effet des résultats qui varient entre 4.000 et 6.000 unités souris, dans les cas de grossesse, entre 30.000 et 200.000 et davantage dans les cas de môle. En réalité, les difficultés d'appréciation de la réaction minima sur la souris femelle rendent ces constatations malaisées.

Aussi les réactions de Brouha, Hinglais et Simonnet ont-elles donné des résultats beaucoup plus nets (unité souris mâle).

Mais c'est l'emploi de la lapine qui a permis une étude quantitative rigoureuse.

MM. Brindeau et Hinglais ont défini l'unité-lapin : la plus petite dose d'hormone qui, en une injection intra-veineuse chez une lapine de 2 kgs. fait apparaître en 48 heures un point hémorragique sur l'un au moins des deux ovaires. La quantité d'urine employée pour cette injection rend compte ainsi facilement de la concentration de l'hormone.

MM. Brindeau, H. et M. Hinglais ont en outre, montré l'intérêt que présente dans ces réactions la substitution à l'urine du sérum sanguin de la femme.

En effet, la concentration de l'hormone dans les urines s'est montrée au cours de leurs expériences, très variable suivant les moments de la journée, présentant son maximum le matin à jeun. Il semble, en effet, intervenir des données qui sont sous la dépendance de la concentration rénale. Dans le sérum sanguin au contraire, la concentration de l'hormone s'est révélée constante.

Cette recherche des taux d'hormone dans le sérum sanguin par injection à la lapine a donné des renseignements extrêmement importants en ce qui concerne les rapports de la grossesse et de la môle. Avec une constance remarquable, les chiffres dans la grossesse normale sont restés entre 1.000 et 4.000 unités-lapine (chiffre maximum trouvé : 4.333).

Les chiffres trouvés dans les cas de môle hydatiforme en évolution ont varié entre 30.000 et 100.000 (et davantage).

Ces chiffres de môle en évolution sont donc tous très supérieurs au maximum rencontré dans les grossesses normales. Ce fait apporte au diagnostic de la môle un élément de grande valeur. Et on sait l'importance que prennent de plus en plus ces données de laboratoire non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore pour guider par la suite la surveillance et la conduite thérapeutique.

Par ailleurs, dans d'autres cas, des chiffres obtenus

inférieurs à 800 unités-lapin se sont montrés correspondre à des rétentions d'œuf mort (si nous faisons abstraction des résultats faibles rencontrés parfois au cours d'aménorrhées ou dans certaines phases de la ménopause. — Zone inférieure à 100 ou 200 u.-l., zone des causes d'erreurs).

Les résultats dans les cas de *rétention molaire* qui nous occupent plus spécialement, sont très peu nombreux. Ils semblent se rapprocher des chiffres observés au cours de la grossesse normale, ou même parfois de la rétention d'œuf mort.

Cependant, on a pu rencontrer dans des môles retenues depuis longtemps dans la cavité utérine, et ne semblant plus évoluer des chiffres très forts proches de ceux des môles en évolution.

A l'opposé, l'hormone peut disparaître complètement de l'organisme si la môle a cessé d'évoluer depuis longtemps. MM. Brindeau et Hinglais ont cité cette possibilité de réaction négative (Gynéc. et Obst. juillet 1931). Lœwenstein, Philip et Bleuler ont aussi trouvé des réactions négatives dans des cas de rétention de 13 et 14 mois.

Ainsi, une réaction normale, identique à celle trouvée au cours de la grossesse n'exclut pas la possibilité d'une môle. Une réaction négative même n'exclut pas entièrement l'existence d'une môle, surtout s'il s'agit de rétention ancienne ayant dépassé l'époque du terme depuis plusieurs mois.

Lorsqu'on se trouve donc en clinique en présence de signes d'arrêt de grossesse, le laboratoire, s'il in-

dique un chiffre élevé peut fournir la clef du diagnostic de la rétention molaire. Mais dans d'autres cas, il ne tranchera pas l'hésitation avec la rétention d'œuf mort, puisqu'une môle ancienne peut donner des chiffres très faibles. On sait du reste, que les chiffres au cours de la rétention d'œuf mort peuvent s'approcher beaucoup de ceux de la grossesse normale, comme ils peuvent dans d'autres cas être voisins de zéro.

Ce sont là, étant donné la rareté des exemples des données encore un peu théoriques.

Dans le cas relaté dans l'observation VIII, une réactions d'Aschheim et Zondeck avait été pratiquée et s'était montrée fortement positive. Elle n'en avait pas moins fait errer le diagnostic et on avait cru à une grossesse encore en évolution.

Dans notre observation II, malgré une réaction faite à partir du sérum sanguin, les arguments cliniques, surtout le faible volume de l'utérus, avaient fait garder l'hypothèse de rétention ovulaire.

Il est possible qu'avec la connaissance de la rétention de certaines môles, on arrive par la suite à donner parfois à ces résultats de laboratoire leur juste valeur.

CONDUITE A TENIR

1°. — Si le diagnostic de môle est porté, l'utérus doit être vidé immédiatement (Brindeau).

C'est là un principe formel qui ne souffre aucune exception.

Nous dirons donc en ce qui concerne la rétention molaire que si une observation suffisamment longue montre l'arrêt certain du développement de l'œuf, la constatation d'une réaction de laboratoire fortement positive impose l'évacuation de l'utérus.

On assurera une dilatation suffisante du col par des poses de lamineaires ou de faisceaux de lamineaires qu'on laissera en place 6 à 12 heures. Deux poses successives dans la même journée suffisent en général. Au moment d'intervenir, on peut d'ailleurs compléter la dilatation aux bougies.

L'évacuation de l'utérus peut être effectuée par curettage ou curage digital. Le curage est pour beaucoup d'auteurs la méthode de choix. Le curettage peut être employé, à condition d'être pratiqué au moyen d'une curette mousse (curette de Cuzzi). Une vérification au doigt assurera que la totalité de la

masse molaire est évacuée. On terminera par un badigeonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode ou une injection iodo-iodurée de Tarnier.

2. — Si la môle est expulsée spontanément, il est indispensable de pratiquer une vérification digitale avec une asepsie rigoureuse pour s'assurer que la môle a été expulsée en totalité. Dans le cas contraire, on pratiquerait un curage digital ou un curettage doux complémentaire.

curettage ou curage digital. Le curage est pour beau-
coup d'auteurs la méthode de choix. Le curettage
est employé à condition d'être pratiqué au
moment où la môle est encore dans l'utérus. Une
môle expulsée spontanément ne doit pas être
curée.

PRONOSTIC

Nous n'avons relevé dans les observations publiées aucun cas de chorio-épithéliôme à la suite de la rétention molaire. On peut donc penser qu'il s'agit là d'une forme de môle dont l'activité est très amoindrie, on peut dire peut-être d'une môle morte souvent, qui ne comporte pas cette redoutable menace de malignité.

Cependant, le petit nombre des cas de rétention molaire n'autorise pas des conclusions si formelles, et le pronostic reste encore hésitant.

Il importe donc, après l'évacuation de l'utérus, de suivre la femme d'une façon très attentive au point de vue clinique, et surtout de poursuivre, dans les mois qui suivent, à intervalles réguliers, les épreuves de laboratoire. On sait en effet que si l'examen anatomo-pathologique d'une môle rejetée ne permet nullement de conclure ou non à sa malignité, — que si, d'autre part, la clinique ne donne à ce point de vue que des indications infidèles et tardives, — c'est la persistance de réactions biologiques positives, ou la réapparition de réactions positives, qui peut permettre de dépister l'évolution du chorio-épithéliôme à la suite de la môle.

Il faut savoir que normalement la réaction persiste 15 à 20 jours après l'expulsion de la môle. Après ce délai, elle doit être négative. Et ce n'est qu'après constatation de réactions négatives 15 jours à 3 semaines après l'expulsion de la môle, réactions restant négatives pendant les mois suivants, qu'on pourra conclure définitivement à la bénignité.

Dans le cas où on constaterait, au contraire, soit un symptôme clinique suspect; soit, même en l'absence de signes cliniques une réaction se maintenant ou redevenant positive (en l'absence de grossesse), il faudrait pratiquer une exploration utérine et envisager sans retard la question d'une hystérectomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Inédite*)

(Clinique Tarnier)

Madame Luc..., L., 26 ans, entrée le 6 février 1934 à la clinique, mais vue à la consultation pour la première fois en janvier.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler.

Antécédents physiologiques : réglée normalement.

Antécédents pathologiques : rougeole, pleurésie.

Antécédents obstétricaux : quatre accouchements normaux et à terme. Se plaint de douleurs abdominales depuis sa dernière grossesse.

Dernières règles : La femme a perdu, après un retard de 14 jours sur la date normale de ses règles, pendant 23 jours consécutifs, du 14 mai au 7 juin. Habituellement très bien réglée.

C'est à cause de ces règles anormalement longues que la femme va consulter pour la première fois à St-Antoine.

A partir du mois de juin, les règles s'arrêtent et la malade se plaint de douleurs abdominales, de nervosité.

Pas de vomissements, pas d'albuminurie, pas d'augmentation de volume des seins, pas d'accroissement du ventre. La femme a maigri, perd l'appétit.

A la fin de décembre apparaissent des pertes rougeâtres, sans douleurs. Aspect de sang noir, pas de caillots. Les pertes d'abord très peu abondantes, la nuit, vont en augmentant en quantité et fréquence. Bientôt pertes abondantes la nuit et la jour.

La femme s'adresse alors à M. Brindeau à Tarnier, Elle vient consulter en janvier 1934, le 26. A l'examen utérus du volume d'un utérus de 4 mois, presque certainement gravide. On ne sent pas de ballottement fœtal. Possibilité de fœtus mort.

Le 29 janvier, l'utérus est resté volumineux, dur on pense à un fibrome sans grossesse. Femme pâle.

Entrée à la clinique le 6 février.

L'utérus a toujours les dimensions d'un utérus gravide de 4 mois environ. Assez mou, col fermé. La femme continue à perdre du sang.

Pose de deux laminaires (1 heure et 7 heures), n° 17 et 28.

Le 7 février, curetage. La dilatation du col utérin est peu marquée. On pratique un curetage à la grosse curette mousse. Celle-ci ramène des vésicules de môle hydatiforme. Vésicules petites rétrécies, en grappe de raisin, et contenant du liquide filant. Il

n'y a pas de caillots et l'hémorragie est très peu abondante. Badigeonnage à la teinture d'iode. Injection iodo-iodurée intra-utérine. Suites normales.

OBSERVATION II (*Inédite*)

(Clinique Tarnier)

Mme Cal..., Ida, 27 ans.

Entrée à la clinique le 5 février 1934, mais vue à la consultation le 6 novembre 1933.

Antécédents collatéraux et héréditaires : père vivant en bonne santé. Mère décédée d'embolie à 49 ans. Mari en bonne santé, 32 ans. 3 frères et sœurs bien portants.

Antécédents physiologiques : nourrie au sein. Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents pathologiques : aucune maladie.

Antécédents obstétricaux : première grossesse en 1930, la malade a présenté alors des vomissements incoercibles, pas d'albuminurie. Entrée à la maternité de Turin, elle y a subi un curettage alors qu'elle était enceinte de 2 mois et demie. Suites normales. Sort au bout de 9 jours.

Deuxième grossesse actuelle.

D. R. : 2 au 7 juin 1933. — Très bien réglée habituellement.

Au bout de 5 semaines, vomissements très abondants du type incoercible. Entrée à Tarnier, y reste du 16 au 24 août 1933. Elle a maigri. Inappétence. En plus des vomissements, sialorrhée très abondante, empêchant la malade de dormir.

Après le 24 août, continue à vomir chez elle. Les vomissements ne s'arrêteront qu'au bout de trois semaines. La femme est alors enceinte de trois mois.

A partir du quatrième mois, les vomissements sont disparus, mais le ventre n'augmente pas de volume. Apparition de petites pertes liquides bientôt noirâtres, survenant le matin, s'accompagnant de nervosité. Pas de douleurs.

Aussi revient-elle consulter à Tarnier le 6 novembre. Examen : il s'agit probablement d'une grossesse mais le volume de l'utérus ne correspond pas à la date des premières règles.

Revue 15 jours après. Prise de sang pour diagnostic biologique de la grossesse. Résultat positif. Mais en raison du peu de volume de l'utérus par rapport à l'âge de la grossesse, on fait le diagnostic de rétention d'œuf mort. On prie la femme de revenir dans un mois.

Un mois plus tard on fait encore le diagnostic de rétention d'œuf mort; on incite la femme à entrer à la clinique.

Entrée le 5 février. Ex. utérus gros comme 2 mois à peine, assez dur.

Le 6 février, pose de 2 laminaires.

Le 7, curettage : col très étroit, curettage à la grosse curette. Ramène des caillots noirâtres, des vésicules de môle hydatique peu volumineuses. Hémorragie minime. Badigeonnage iodé. Injection iodo-iodurée.

Le femme a été revue le 13 mars : utérus petit, recherche de l'hormone pré-hypophysaire négative.

De nouveau le 9 mai 1934 : utérus petit, col fermé, la femme a eu ses règles. Ne perd pas de sang. Réaction biologique.

OBSERVATION III

(Faugère. — *Bulletin de la Société d'Obst.* 1928)

Mme S..., 36 ans.

Bien réglée à l'âge de 14 ans.

Deux enfants vivants et en bonne santé. Suites de couches normales.

3^e gestation. D. R. du 15 au 20 mars 1927.

Le début de la gestation est marqué par un état d'asthénie assez prononcé. Vomissements en mai; troubles constatés pendant les gestations antérieures.

En octobre, petite perte de sang.

Le 15 décembre, nous examinons la malade. Utérus au-dessus de l'ombilic. On ne sent pas de fœtus. Auscultation négative. Au toucher, col assez dur. Corps en anteversion, Diagnostic : mort du fœtus retenu dans la cavité utérine.

Examen le 3 avril 1928 avec le Dr Roche. Utérus au-dessous de l'ombilic, auscultation négative. Col assez dur, non effacé. Corps en antéversion. L'époque du terme étant largement dépassée, on décide de provoquer l'expulsion de l'œuf.

Le 4 avril, on introduit dans l'utérus un ballon de Champetier, petit modèle. Résultat négatif.

Le 6 avril, curage digital facile sous chloroforme.

L'œuf extrait est constitué par une môle creuse avec cavité amniotique, sans trace de cordon ni de fœtus. De nombreuses vésicules dégénérées forment la surface de cet œuf, parsemées de quelques vésicules à peu près intactes.

Suites opératoires excellentes.

OBSÉRVATION IV

(Reeb. — *Bulletin de la Société d'Obst.* 1928)

...Une multipare de 53 ans qui avait eu ses dernières règles 4 mois auparavant.

Au toucher, on constate un utérus correspondant à une grossesse de 4 mois avec en plus un fibrome de la paroi.

La matrice ne se développant plus et la femme ne sentant pas remuer, le diagnostic d'œuf mort retenu fut posé.

Quelques jours avant la fin présumée de la grossesse, la femme perdit du sang brun et eut quelques douleurs.

Le col ne s'effaçant pas, l'auteur fit une amputation subtotale pour débarrasser aussi la femme de son fibrome.

Lorsqu'après un séjour de quelques jours, dans la formaline, la pièce fut coupée, on vit que la cavité utérine contenait une môle hydatiforme en parfait état de conservation, môle retenue pendant 5 mois.

L'examen histologique montra que les villosités étaient bordées par une couche unique de plasmode, qui, à beaucoup d'endroits, décelait une prolifération très abondante d'éléments syncytiaux. La caduque contenait également des cellules syncytiales en assez grande quantité. Par contre, le muscle utérin n'en contenait pas.

OBSERVATION V

(Observation de Béguin,
rapportée par Weill-Spire, Paris 1927)

Mme ... III^e pare, 27 ans.

D. R., 4 septembre 1924.

Vient consulter au cinquième mois de sa grossesse parce que, contrairement aux autres fois, « elle ne sent pas bouger ».

L'examen permet de constater tous les signes de probabilité de grossesse, mais l'utérus ne semble correspondre qu'à une gestation de 3 mois.

Un mois après, on pense avec quasi-certitude à la mort de l'embryon. Pas de montée laiteuse, c'est vrai; mais l'utérus n'a pas augmenté de volume.

Les examens successifs ont lieu jusqu'au mois de mai 1925. Les constatations faites au cours de ces examens sont identiques aux précédentes. L'utérus conserve toujours le même volume.

Le 10 mai 1925, perte de sang insignifiante sans douleurs, sans contractions utérines. Le repos au lit fait tout rentrer dans l'ordre.

Le 25 juin, nouvelle expulsion de sang plus abondante, expulsion de débris membraneux. Cette perte cesse bientôt avec le repos au lit.

Le 18 juillet 1925, 10 mois et demi après l'apparition des dernières règles, s'établit un travail régulier avec contractions utérines douloureuses, intermittentes, sans hémorragies, spontanément, une môle hydatiforme, d'aspect tout à fait spécial, est expulsée.

Suites normales, rien d'annexiel.

La pièce anatomique est une môle cavitaire encapsulée et momifiée. Il est évident, d'après l'observation, que cette môle est morte in utéro, que, pendant environ 8 mois, il y eut rétention de môle morte. Cette môle hydatiforme, de la grosseur d'un poing, était gris chamois; les vésicules dépourvues de liquide, flétries et ratatinées, un peu plus grosses qu'une tête d'épingle. Amnios, pas d'embryon.

OBSERVATION VI

(Observation de Voron et Grivet,
rapportée par Weill-Spire)

Môle avec seulement quelques très légères hémorragies au début de la grossesse.

Utérus trop petit pour l'âge de la grossesse. A 7 mois 1/2, utérus de 5 mois à peine.

Etat florissant.

Femme de 20 ans, mariée depuis un an.

D. R., 6 juillet 1922.

Vomissements répétés dans les premiers mois de la grossesse, disparus vers 4 mois 1/2. De plus, vers la 2^e mois, et à nouveau dans le courant du 5^e, quelques pertes rouges.

Examinée à 5 mois et 1/2 : la hauteur utérine n'est que de 17 cm au-dessus de la symphyse. Et, au palper, l'utérus n'est pas plus volumineux que l'indique l'âge de la grossesse. Aucun ballotement fœtal. Bruits du cœur non entendus. Rien de particulier au toucher, on ne perçoit pas de parties fœtales. On conclut à une grossesse arrêtée dans son évolution, et on décide d'attendre.

Un mois plus tard, aucun symptôme nouveau, la hauteur utérine n'a pas varié.

La malade est revue à diverses reprises, dans le même état.

Le 1^{er} mars, à 7 mois et 1/2 de la gestation, apparaît une première hémorragie, sans douleurs, qui se répète le lendemain et se prolonge.

Col dilaté à 4 cm, on ne sent pas de poche des eaux mais quelque chose de mou qu'on croit être le placenta.

L'exploration ramène une vésicule. On fait un curage et on extrait une môle de 620 grammes.

Bonnes suites.

OBSERVATION VII

(Publiée par Rhënter dans le

Bulletin de la Société d'Obst. et Gyn. 1926)

Madame X..., 43 ans, mariée en 1919.

Aucun antécédent pathologique à retenir. 3 grossesses terminées par des accouchements à terme d'enfants parfaitement normaux, en avril 1920, février 1922, et mai 1924. Intercalées, 2 grossesses interrompues au 2^e mois, en déc. 1920 et octobre 1922, sans complications ultérieures.

La grossesse actuelle remonte à décembre 1924, les dernières règles vues du 1^{er} au 4 décembre.

Quelques nausées et maux de reins pendant 2 mois, pas de vomissements. Les urines examinées systématiquement ne présentent aucune trace d'albumine.

Le 1^{er} mars 1925, perte sanguine, assez abondante, sans caillots, sans contractions utérines caractérisées.

On croit à une menace d'avortement qui ne se vérifie pas les jours suivants, malgré des pertes irrégulières rouges, mais de mois en mois abondantes, toujours sans caillots et sans phénomènes nettement douloureux.

Cette situation se prolonge pendant tout le mois de mars, sans altération de l'état général autre qu'une certaine lassitude.

L'utérus examiné à plusieurs reprises ne dépasse pas les dimensions d'un utérus de 3 mois, le col n'est pas béant.

Quelques pertes rouges en avril, abondantes une fois;

L'utérus augmente de volume, on est frappé par sa mollesse, mais non par des dimensions : l'hypothèse d'une grossesse molaire est envisagée, mais sous toutes réserves, en raison du volume tout à fait normal de l'utérus, relativement à l'âge de la grossesse et de l'absence de toute vésicule dans les pertes, d'ailleurs peu abondantes. On ne constate aucune tuméfaction ovarienne.

En mai, les pertes ont à peu près complètement disparu; l'utérus atteint à la fin du mois (soit environ de 6 mois de grossesse), le niveau de l'ombilic. La malade part à la campagne où elle sera surveillée si besoin est, par un médecin.

Le 18 juillet, la malade est revue, soit à 7 mois et 1/2 environ. Elle va très bien au point de vue général et n'a pas perdu depuis 3 semaines. L'examen révèle un utérus dont le fond ne dépasse pas l'ombilic :

on se rallie au diagnostic de grossesse interrompue avec rétention d'un œuf mort.

Rentrée aux environs de Lyon, le 16 août, la malade accuse le 23 des contractions utérines avec des petites pertes rouges et expulse spontanément après quelques heures, une môle hydatiforme du volume d'une tête d'enfant de 2 ans; cette môle à gros grains est expulsée en bloc, sans hémorragie, et, vu les conditions d'installation, on diffère un curage. Aucune expulsion nouvelle de vésicules ne s'étant produite, et les pertes étant insignifiantes, avec un utérus de petites dimensions, on renonce à intervenir les jours suivants et les suites immédiates apparaissent comme parfaitement normales.

Les règles réapparaissent pour la première fois le 22 septembre, puis le 19 octobre de façon tout à fait normale. Revue à plusieurs reprises, la malade ne présente, jusqu'à présent, rien d'inquiétant du côté de son utérus ou de ses annexes.

OBSERVATION VIII

(publiée en novembre 1933,

par MM. Chevreuil-Bodin et P. Brault (Rennes)

sous le titre :

« Réaction d'Aschheim-Zondeck »

et rétention d'œuf molaire »

Dans le Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.

Mme D., 25 ans.

Rien à signaler dans les antécédants, tant héré-

ditaires que personnels. Régulée à 12 ans, régulièrement. Mari bien portant. Première gestation.

D. R., le 8 mars 1933. Vue pour la première fois le 3 juillet 1933, donc enceinte de 3 mois. Elle a présenté très peu de signes sympathiques, seulement quelques nausées au début. L'examen montre une femme en parfaite santé. Localement, on trouve un utérus ayant tous les caractères d'un utérus gravide, mais sa dimension paraît nettement inférieure à 3 mois.

Quatre jours après, le 8 juillet, la femme appelle pour une perte de sang peu importante.

Après plusieurs examens successifs, le petit volume de l'utérus, l'absence de signes sympathiques, l'hémorragie nous a fait penser à une rétention d'œuf arrêté dans son évolution et je propose une réaction d'Aschheim-Zondeck. Faite le 28 juillet, elle est fortement positive. Dans ces conditions, nous pensons que notre impression clinique est erronée et nous attendons en surveillant la femme.

Le 15 août, nouvelle perte plus abondante que la première. L'utérus, bien loin d'avoir augmenté de volume semblerait avoir diminué légèrement. Toujours mou.

L'état étant stationnaire, le 5 septembre, on propose un curettage. La femme demande à attendre. Le 14 septembre, elle expulse avec très peu de douleurs et une perte sanguine insignifiante, une masse charnue du volume d'une très grosse noix. La masse est homogène, rose presque lisse et ne présente rien de bien particulier. Aussi mon étonnement est-il grand,

quand, en l'ouvrant, je constate qu'elle est formée d'un feutrage serré de petites vésicules môleires flétries, ratatinées, du volume moyen d'une tête d'épingle. Cependant, 3 ou 4 sont plus facilement reconnaissables, du volume d'un petit grain de raisin, moins déformées que les autres.

L'examen histologique confirme le diagnostic de M. H. Cet examen montre que la tumeur est constituée par des villosités de diamètre variable, limitées par une couche de syncitium, et dont le tissu conjonctif, dépourvu de vaisseaux, est le siège d'un œdème très marqué. Le revêtement syncitial présente des signes évidents de proliférations sous forme d'extension bourgeonnante qui, çà et là, s'infiltré en massifs compacts entre les villosités.

La réaction d'A. et Z. est faite à nouveau le 15 novembre. Elle est négative.

OBSERVATION IX

(Brault, *Bulletin de la Société d'Obst.* 1926)

Mme M. n'a jamais été malade, n'a jamais eu ni enfant, ni fausse-couche.

A cessé de voir ses règles depuis 2 ans environ, a présenté seulement avec des intervalles de 3 ou 4 mois un petit écoulement très court et limité à quelques gouttes de sang.

Va consulter son médecin parce que, mariée depuis 3 ans, elle n'a pas d'enfant. A été traitée par

celui-ci par des extraits d'ovaire. Le traitement ne lui ayant donné aucun résultat, ce confrère me l'envoie le 15 mai 1926.

A cette date je constate que le corps utérin est du volume d'un utérus gravide de 2 mois environ, de consistance irrégulière, mais plutôt molle dans l'ensemble. Le col est béant, nettement ramolli. Après l'interrogatoire de la malade et de son mari, je pense qu'il s'agit de la rétention d'un œuf mort.

Le confrère me certifiant leur vif désir d'avoir un enfant ainsi que la véracité de leurs dires, je décide après un nouvel examen le 27 mai de pratiquer un curettage.

Le 27 mai, dilatation aux bougies de Hégar très facile. La curette ramène d'emblée une masse importante de débris ovulaires. Badigeonnage à la térébenthine. Suites parfaites.

Sort guérie le 10^e jour.

Je n'ai jamais trouvé au toucher de kystes ovariens.

L'examen des débris ovulaires montre qu'ils sont constitués par :

1° Une caduque blanc-jaunâtre, lisse, polie, paraissant décollée depuis longtemps.

2° Une masse constituée par des vésicules ayant absolument l'aspect des vésicules môleuses, de la dimension d'une grosse tête d'épingle.

3° A l'intérieur de cette masse se trouvent 2 petites sphères blanchâtres, l'une du volume d'un pois, l'autre du volume d'une noisette, qui me paraissent être deux amnios distincts.

CONCLUSIONS

I. — La môle hydatiforme peut être retenue *in utero* pendant de longs mois.

II. — Il semble bien que dans ces cas son évolution s'arrête, et qu'elle ne demeure rattachée à la muqueuse utérine que par des connexions très faibles.

III. — Cliniquement, le diagnostic de cette variété de môle est difficile. Elle simule dans la majorité des cas la rétention ovulaire.

IV. — Une réaction biologique de la grossesse fortement positive, coïncidant avec un tableau clinique de grossesse arrêtée dans son évolution, constitue un argument de valeur en faveur de la rétention molaire.

Mais au cours des rétentions môlares, les chiffres fournis par les épreuves quantitatives sont susceptibles de varier sur une très grande échelle; la limite supérieure de cette échelle confine aux chiffres trouvés dans les môles hydatiformes en activité; sa limite inférieure tend vers zéro.

Les épreuves biologiques peuvent même être négatives.

V. — Le pronostic ultérieur paraît bénin dans ces variétés de môle.

On ne saurait encore, cependant, être catégorique au sujet de la possibilité de chorio-épithéliôme.

VI. — L'évacuation de l'utérus s'impose si l'existence de la môle est reconnue. Après cette évacuation, comme après l'évacuation spontanée d'une môle, la femme sera surveillée cliniquement et par des épreuves biologiques répétées pendant plusieurs mois.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
A. BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BLAIR BELL. — « Rétention prolongée des m. h. dans l'utérus ». *Journ. of Obst. and Gyn. of British Emp.*, vol. 31, n° 2, 1918.
- BLEULER. — « Réac. d'Aschheim-Zondek dans un cas de rétention. *Zentralb. für Gynäkologie*, 1931.
- BOURG. — « Etude biologique et clinique de la môle hydatiforme ». *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Janvier 1932.
- BOURGUET. — « De la môle hydatiforme ». Thèse de Montpellier, 1921.
- BRAULT. — « Petit œuf molaire retenu dans la cavité utérine ». *Soc. d'Obst. et Gyn.* 1926.
- BRINDEAU et NATHAN LARRIER. — « Nature de la môle hyd. Rev. de Gyn. et Chir. Abd., Avril 1908.
- BRINDEAU. — La pratique de l'art des Accouchements.
- BRINDEAU H. et M. HINGLAIS. — « Contribution à l'étude des hormones hypophysaires..... » *Presse Médicale*, mai 1933.
- BRIQUEL. — Les tumeurs placentaires. Thèse de Nancy, 1903.

- BROUHA et HINGLAIS. — La réaction de Brouha, Hinglais et Simonnet. *Gyn. et Obst.*, 1931.
- COLORNI. — « Di caso di mola carnota-vesiculare ematamatosà espulsa dopo 10 mesi di gravidanza ». *Ancina Bologna* n^{os} 4, 5, 6, 1908.
- DESOUBRY. — Des éléments du diagnostic précoce de la grossesse molaire. (*Gaz. Méd. de France et des pays de lang. franç.*, mars 1933).
- ERHARDT. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1930.
- FAUGÈRE. — « Rétention prolongée d'un môle hydatiforme ». *Soc. de Gyn. et d'Ost.*, Novembre 1928.
- GARFANI. — « A proposito di un caso di mola vesiculare ed emotamatosà espulsa dopo 17 mesi di amenorrhœa ». *Annali di Obstetr. et Gyn.* Milano, 1908.
- GERBER. — La réact. d'Aschheim-Zondek. *Revue de Pathologie Comparée*, 1933.
- JEANNIN. — Formes cliniques et évolution de la m. h. (Cours de jeudi soir à la clinique Tarnier, 1926).
- HAMANT et VERMELIN. — Môle hydatiforme et Rétention molaire. *Soc. d'Ost. et Gyn. de Nancy*, mars 1921.
- KLEIN. — « Grossesse molaire de 8 mois ». *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1925.
- MEYER. — « Retention von Blasenmolen ». *Med. Klin.* Berlin, 1911.

NEUMANN. — Valeur de la R. d'A. Z. Arch. f. Gyn.,
nov. 1932.

OUVRY. — Etude sur môle hydatiforme. Thèse de
Paris, 1896-97.

PÉRY et FAVREAU. — « Un cas de m. h. extirpée au
8^e mois ». *Soc. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 4 mars
1924.

PHILIP. — Réact. d'A. et Z. dans un cas de rétention.
Zentralblatt für Gyn., 1930.

REEB. — Un cas de Rét. molaire. *Soc. de Gyn. et Obst.*
1928

RHENTER. — « Môle hydatiforme tolérée jusqu'au voi-
sinage du terme ». *Soc. de Gyn. et Obst.*, 1926.

ROCMANS. — Le problème actuel de la m. h., Le Scal-
pel, Février 1932.

ROSSLER. R. d'A.-Z. — *Ztschr. für Geburtsch. und*
Gynäk. 1929 (page 516).

STERNBERG. — « Uber sog. Fleisch-Blasenmolen mit
längerer Verhaltung im Uterus ». Berlin, 1910.

H. VIGNES. — M. H. et Chorioépithéliôme. *Semaine*
des Hôp. de Paris, oct. 1929.

VOZZA. — Valeur de la R. A. Z. *Annali di Obst. et Gyn.*
1931.

VLADIKA. — *Zentral für Gynäk.*, 1931.

WEILL-SPIRE. — « Formes cliniques et évolution des
môles hydatiformes ». (Thèse de Paris, 1927).

Imp. spéciale de la LIBRAIRIE LIPSCHUTZ. — Paris
